UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 65

STATISTIQUES ET COMMENTAIRES sur les Cancers des Voies Aéro-Digestives supérieures

vus au Centre Anticancéreux de Toulouse depuis 21 ans

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

Suzanne PY

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING, *Président.*

CALVET, ANDRIEU, GUILHEM — *Assesseurs.*

LAPORTE, *Suppléant.*

TOULOUSE

IMPRIMERIE DU CENTRE

CAMILLI & FOURNIÉ

28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1948 N° 65

STATISTIQUES ET COMMENTAIRES sur les Cancers des Voies Aéro-Digestives supérieures

vus au Centre Anticancéreux de Toulouse depuis 21 ans

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Juillet 1948

PAR

Suzanne PY

MEMBRES DU JURY

MM. DUCUING, *Président.*
CALVET, ANDRIEU, GUILHEM, *Assesseurs.*
LAPORTE, *Suppléant.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE DU CENTRE
CAMILLI & FOURNIÉ
28, ALLÉE JEAN-JAURÈS, 28

1948

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	BARDIER, GORSE

Professeurs honoraires

MM. DALOUS, RISPAL, LAFORGUE, ARGAUD, MERIEL, CAUBET, MAURIN, RIBAUT, SERR.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE, ROQUES
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS, CLERMONT
Histoire naturelle	DELAS

	MM.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.).
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.).
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.).
Anatomie pathologique	FABRE (J.).
Clin. oto-rhino-laryngologique et chir. maxillo-faciale	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIÉ
Médecine lég. et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET	Obstétrique	GUILHEM.
Anatomie	M. COULOUMA		

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	LAZORTHES
Histologie	BIMES, ch. de f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.)
Odonto-Stomatologie	CADENAT

	MM.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.)
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique médicale	MARQUES
Pharmacie	COUTURIER
Chimie gén. pharm.	BLANC
Histoire naturelle	Mme DULUCQ-MATHOU

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathologique élémentaire aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie biologique	VALDIGUIE
Chimie pathologique	VALDIGUIE
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatol. et syphiligraphie	BAZEX
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.), DAMBRIN (P.)

	MM.
Microbiologie	BOUISSET
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine sociale et du trav.	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgic.	THOMAS
Pharmacodynamie	BOUNHOURE
Bactériologie et hygiène	LAPORTE
Urologie	LHEZ
Ophtalmologie	DEODATI
Neuro-chirurgie	LAZORTHES.
Oto-rhino-laryngologie	CLAUX

Secrétaire de la Faculté..... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats

(Délibération du 12 mai 1891)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

À LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR PIERRE PY

À MON PÈRE LE DOCTEUR LOUIS PY

À MA MÈRE

À MON FRÈRE

À MA FAMILLE

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUCUING

DIRECTEUR DU CENTRE ANTICANCÉREUX
DE LA RÉGION TOULOUSAINE

CHIRURGIEN EN CHEF HONORAIRE DES HOPITAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

En hommage de ma profonde affection.

A NOTRE JURY DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CALVET

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE
ET DE CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1939-1945

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRIEU

PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE ET D'HYGIÈNE
ET DE MÉDECINE SOCIALE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM

PROFESSEUR D'OBSTÉTRIQUE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LAPORTE

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOULOUSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. DUCUING

CHEF DE SERVICE DE LARYNGOLOGIE
DES HOPITAUX DE LA ROCHELLE

qui nous a témoigné son intérêt en mettant à notre disposition sa riche documentation sur la question.

A MES MAITRES DE LA FACULTE

ET DES HOPITAUX DE TOULOUSE

A TOUS MES AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548920_0071

INTRODUCTION

Quand M. le Professeur DUCUING nous a confié le travail statistique que nous présentons aujourd'hui sur les « Cancers des voies aéro-digestives supérieures » traités au Centre anticancéreux de Toulouse, depuis vingt et un ans nous ne nous sommes pas dissimulé l'aridité que comportait un pareil sujet.

Bien différents de nos confrères d'outre-Atlantique, nous apprécions peu, ou du moins nous feignons d'apprécier peu les recherches statistiques. D'ailleurs, par notre conception même de la pratique médicale, nous sommes mal équipés, d'une façon générale, pour grouper les documents, de telle sorte que nous ne pouvons, en général, que rassembler des observations par trop fragmentaires.

Le Centre anticancéreux de Toulouse, depuis sa fondation, c'est-à-dire depuis vingt et un ans, draine tous les cancers d'une région qui déborde très largement le département de la Haute-Garonne proprement dit.

L'existence de cet ensemble spécialisé nous permet d'offrir, aujourd'hui, sur un sujet relativement restreint, un travail chiffré important.

Notre rôle n'est pas d'épiloguer sur l'importance de la statistique, la valeur de celle-ci étant désormais de moins en moins contestée.

Nous ne dissimulerons pas que le cancer des voies aéro-digestives supérieures étant un mauvais cancer, le résultat de cette statistique, en ce qui concerne la thérapeutique, est décourageant.

Mais nous pensons, comme M. le Professeur DUCUING nous l'a suggéré, que l'intérêt essentiel de cette thèse est précisément de rassembler, sous une forme concise et commode, du moins nous le voudrions, tous les détails concernant les cancers des voies aéro-digestives supérieures, en les extrayant d'observations cliniques et sans nous préoccuper de savoir si ces résultats correspondent ou non aux données classiques sur la question.

Nous pensons d'ailleurs que cette méthode de travail déborde, de beaucoup, le champ limité du cancer spécial que nous traitons et que, l'étude des néoplasies en général, ne pourra progresser, en somme, que lorsque les travaux secondaires de statistique auront été élaborés (1).

En feuilletant les nombreux dossiers du Centre anticancéreux de Toulouse, nous admirions ces observations si complètes et si soigneusement enrichies et conservées, car nous y retrouvions l'effort continu des différents spécialistes qui, tour à tour, s'étaient penchés sur les malades et nous avaient laissé les documents que nous n'avions qu'à mettre en œuvre aujourd'hui.

Notre statistique ne repose évidemment que sur leurs constatations cliniques, et les chiffres ne sont qu'une façon synthétique d'accumuler les résultats de tant d'expériences.

---

(1) A ce point de vue, les importants travaux de statistique qu'entreprend l'**Institut National d'Hygiène** sous l'impulsion de son directeur, notre Maître, M. le Professeur **BUGNARD**, marquent un progrès considérable dans la marche de la carcinologie.

GÉNÉRALITÉS

Nous traiterons ici des localisations primitives intéressant les voies aéro-digestives supérieures et dont nous donnerons la nomenclature ci-dessous.

Notre travail comportera cinq ordres de faits :

— Un chapitre d'étiologie, volontairement très détaillé, puisque la nature intime du cancer étant encore inconnue, nous nous devons d'exposer objectivement toutes les causes possibles, ou toutes les prédispositions morbides.

— Notre second chapitre traitera de la nature anatomo-pathologique des cancers étudiés et correspondra à un développement de la pratique de la biopsie.

— Un troisième chapitre classera et détaillera les différentes formes cliniques.

— Le quatrième chapitre traitera du problème et de la discussion des métastases.

— Enfin, notre cinquième et dernier chapitre, celui dont nous aurions été si fiers de publier les résultats, la thérapeutique, nous présentera, dans son ensemble, une mortalité sévère tenant à la période tardive, à laquelle les malades se sont présentés et à l'insuffisance particulièrement nette, ici, des traitements antinéoplasiques.

Ces cinq chapitres seront précédés d'une classification générale des cas.

CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES CAS

Les localisations primitives intéressant les voies aéro-digestives supérieures que nous avons rencontrées sont extrêmement variables.

Nous aurions pu, pour plus de commodité et de clarté, les systématiser à l'extrême, mais nous avons préféré adopter la classification suivante qui montre le souci que nous avons de rechercher, avec autant de précision que possible, le début de la localisation néoplasique :

Cancers du cavum;
— du voile du palais;
— de la luette;
— du pilier antérieur;
— de la fossette glosso-amygdalienne;
— de l'amygdale palatine;
— du récessus palatin;
— de la fossette glosso-épiglottique;
— du repli glosso-épiglottique;
— de la base de la langue;
— de l'amygdale linguale;
— du pharynx, parois latérales;
— du pharynx, paroi postérieure;
— de l'hypopharynx, parois latérales;
— de l'hypopharynx, paroi postérieure;
— des sinus piriformes;
— des aryténoïdes;
— du repli aryténo-épiglottique;
— du vestibule laryngé;

Cancers de la bande ventriculaire;
— du ventricule;
— des cordes vocales;
— de la commissure antérieure;
— de la sous-glotte;
— de l'épiglotte;
— du repli pharyngo-épiglottique;
— de la margelle du larynx;
— des fosses nasales;
— du plancher, etc.

D'après une remarque curieuse de Zuppinger, la localisation primitive du cancer est d'autant plus intéressante à étudier qu'elle est la dernière à rétrocéder dans la thérapeutique anticancéreuse.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE

Nous avons déjà précisé que ce chapitre comporterait tous les détails étiologiques que nous avons pu relever sous les différentes rubriques habituelles.

I. NOMBRE ET FRÉQUENCE RELATIFS

1° *Distinction entre cas traités et cas non traités.*

Nous avons traité 1122 cas, dont :

1064 hommes;
58 femmes.

Ainsi le pourcentage du nombre des femmes par rapport au nombre des hommes est de 5,45 % environ.

A côté de cela, nous avons relevé 114 cas, dont :

105 hommes;
9 femmes

qui n'ont pas été traités, soit que leur état ait été au-dessus de toute thérapeutique, soit qu'ils se soient refusés systématiquement à tout traitement.

Nous n'envisagerons, dans les chiffres qui suivent, que les cas traités.

2° *Fréquence des cancers des voies aéro-digestives supérieures par rapport aux autres cancers oto-rhino-laryngologiques.*

De 1924 à décembre 1944, la statistique des cas relevés de l'oto-rhino-laryngologie a été la suivante :

Cancers O.R.L. hommes et femmes traités.... 2.111
— non traités 191

Donc, les chiffres des cancers des voies aéro-digestices supérieures traités (1.122) par rapport à l'ensemble des cancers oto-rhino-laryngologiques traités (2.111) représentent environ les 53,15 %. Et, dans l'ensemble, nos cancers (traités et non traités) masculins et féminins (1.236) par rapport à l'ensemble des cancers oto-rhino-laryngologiques considérés dans les mêmes conditions (2.302) représentent environ les 53,69 %.

3° *Fréquence par rapport à tous les autres cancers traités au Centre.*

Durant les mêmes années, le nombre total de tous les cancers vus au Centre a été de 12.842.

Ainsi, le chiffre total des nos cancers étant de 1.236, les cancers des voies aéro-digestives supérieures représentent les 9,62 % environ du nombre total des cancers vus au Centre.

Cette première approximation faite, comparons ce cancer aux cancers les plus connus et les mieux recherchés :

Col utérin...	2.229 cas, soit	17,35 %	environ
Corps utérin.	256 —	1,99 %	—
Sein	1.233 —	9,60 %	—
Prostate	67 —	0,52 %	—

Le résultat de ce pourcentage montre que l'on devrait insister plus largement sur le cancer des voies aéro-digestives car sa fréquence l'égale aux grands cancers, type cancer du sein, alors que sa connaissance est très négligée dans la formation du médecin praticien.

4° Localisations les plus fréquentes des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Dans le cadre des cancers traités des voies aéro-digestives supérieures, les localisations les plus fréquentes sont de l'ordre suivant :

Pour le sexe masculin :

Cancers de l'épiglotte....	150,	soit 14,09 %	environ
— de l'amygdale palatine	139	— 13,06 %	—
— du sinus piriforme	120	— 11,27 %	—
— de la base de la langue	95	— 8,92 %	—

Pour le sexe féminin :

Cancers du cavum.....	18,	soit 31	% environ
— de l'amygdale palatine	16	— 27,5 %	—

Signalons, chez les sujets du sexe féminin, que nous n'avons pas rencontré de cancers de la luette, du pilier antérieur, du récessus palatin, du repli glosso-épiglottique du pharynx (parois latérales et postérieures), de l'hypopharynx (paroi latérale), des aryténoïdes, du repli aryténo-épiglottique, de la bande ventriculaire et du ventricule, de la commissure antérieure sous-glottique, du repli pharyngo-épiglottique et de la margelle du pharynx.

II. AGE

Les cancers des régions aéro-digestives supérieures, que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, se voient entre 51 et 70 ans. Ils sont un peu moins fré-

quents dans la première que dans la deuxième décade de cet âge :

— *Chez les hommes,* pour 1.064 cancers traités, nous trouvons :

De 51 à 60 ans.... 392 sujets, soit 34,58 % environ
De 61 à 70 ans.... 357 — 33,55 % —

— *Chez les femmes,* pour 58 cancers traités, nous trouvons :

De 51 à 60 ans.... 22 sujets, soit 37,93 % environ
De 68 à 70 ans.... 13 — 22,41 % —

Il est à souligner que ce cancer, comme toutes les néoplasies en général, se développe surtout à l'*âge critique,* qu'il s'agisse d'un sujet de sexe masculin ou féminin.

En considérant globalement les autres cas (hommes et femmes),

Nous trouvons :

Au-dessous de 20 ans : 3 cas (13, 14 et 16 ans), soit 0,35 %.
— 30 — : 6 — (dont trois localisations aux fosses nasales, sinus, suivies de mort rapide), soit 0,70 %.
— 40 — : 27 — soit 2,70 %.
— 51 — : 121 — soit 8,70 %.

Donc, ce cancer chez le jeune, peut être considéré comme rarissime.

III. LA PROFESSION

Au sujet de la profession, signalons *le nombre important des cultivateurs et des travailleurs manuels.* Précisons que nous groupons dans les travailleurs manuels des sujets étant ouvriers d'usine, mécaniciens, maçons, manœuvres, etc..

En effet, pour 1.064 cancers traités, du sexe masculin, nous avons trouvé :

393 cultivateurs, soit..... 36,93 % environ
389 travailleurs manuels, soit..... 36,56 % —

Mais nous devons remarquer que, d'une façon générale, et dans notre région en particulier, ces professions sont les plus nombreuses; en outre, ce sont celles qui fournissent le nombre le plus important de malades au Centre anticancéreux.

Les autres malades exerçant une profession libérale, les commerçants, etc., sont vus le plus souvent par des spécialistes, en clientèle privée.

On ne peut donc voir une grande relation entre la profession et les cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Cela provient sans doute en partie du fait que la région toulousaine est particulièrement pauvre.

IV. ANTÉCÉDENTS

Tuberculose. — La fréquence des antécédents tuberculeux dans nos cancers traités des voies aéro-digestives supérieures est sans intérêt :

8,45 % environ chez les hommes;
6,89 % — femmes.

Cancer. — Au sujet du terrain cancéreux, les chiffres ne sont guère plus importants :

9,86 % environ chez les hommes;
8,62 % — femmes.

Syphilis. — Les antécédents syphilitiques sont également faibles :

4,22 % environ chez les femmes;
3,45 % — hommes.

Mais ces chiffres sont peut-être au-dessous de la vérité car, souvent, les malades ou bien sont ignorants de leur syphilis, ou bien ne l'avouent pas et leur sérologie peut être négative. (Le Wasserman est fait d'une façon systématique.)

Tabac. — Le rôle du tabac dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures est classiquement reconnu. Notre statistique le confirme.

Sur nos 1.064 cancers traités, nous avons trouvé :

491	fumeurs invétérés, soit.....	46,14 %	environ
272	— moyens, soit.....	26,56 %	—
54	— petits, soit.....	5,07 %	—

Alcool. — Pour les antécédents alcooliques, les chiffres sont presque aussi importants que pour les antécédents tabagiques :

Sur les 1.064 cas traités, nous avons :

367	buveurs exagérés, soit.....	31,67 %	environ
313	— moyens, soit.....	29,41 %	—
12	— petits, soit.....	3,94 %	—

Cependant, ces chiffres ne permettent pas d'affirmer que l'usage du tabac et l'abus de l'alcool soient les causes principales des cancers des voies aéro-digestives supérieures.

Pour préciser cette relation entre le tabac et l'alcool, d'une part, et les cancers des voies aéro-digestives d'autre part, il faudrait envisager le problème en sens inverse de celui que nous avons pris : connaissant un nombre déterminé de fumeurs et de buveurs, il faudrait étudier le pourcentage de ceux qui seraient atteints de cancers.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'intérêt de ce chapitre provient, non seulement de la généralisation de la biopsie et de sa précision histologique, mais surtout du fait qu'ici comme ailleurs, en ce qui concerne les tissus néoplasiques, il y a lieu de mettre en rapport les types histologiques et leur plus ou moins grande sensibilité au traitement.

I. NATURE HISTOLOGIQUE

Les épithéliomas, en particulier les épithéliomas spinocellulaires, sont les plus fréquents :

— *Chez les hommes*, pour 1.064 cancers traités, nous avons trouvé :

613 épithéliomas spinocelluaires, soit 57,51 % environ
69 — basocellulaires, soit 6,48 % —
39 — intermédiaires, soit 3,67 % —
11 — mixtes;
128 — atypiques, soit..... 12,03 % —
4 sarcomes;
24 lymphosarcomes, soit..... 2,25 % —
1 épithélio-sarcome (épithélioma spinocellulaire et lympho-sarcome réunis);
5 réticulosarcomes;
1 fibrosarcome;

1 fibro-angiosarcome;
1 lymphoadénome;
1 adénocarcinome;
1 chondrome;
6 papillomes en voie de dégénérescence maligne;
1 papillome;
1 hyperplasie légère;
6 biopsies suspectes;
35 négatives, soit..... 3,10 % environ
117 cas sans biopsie, soit..... 10,99 % —

La question n'a pas été précisée dans la proportion de 15,41 % environ des cas.

Pour le sexe féminin :

Tumeurs infiltrantes..... 34,03 % environ
— bourgeonnantes ..... 24,13 % —
— ulcérantes ..... 15,51 % —
— ulcéro-bourgeonnantes .. 6,89 % —

La question n'a pas été précisée dans la proportion de 15,51 % environ.

II. ADENOPATHIES

Chez les hommes, la présence des adénopathies se rencontre dans la proportion de 70 % environ.

Dans le détail, nous avons trouvé des adénopathies : Homolatérales dans la proportion de 50,65 % environ

Bilatérales — — 17,10 % —
Hétérolatérales — — 2,16 % —

La question des adénopathies n'était pas précisée pour 77 sujets, soit : 7,25 % environ.

Signalons que sur 1.064 cas traités, chez 28 sujets, soit dans la proportion de 2,63 % environ, les adéno-

pathies se sont manifestées comme *premier symptôme;* nous y reviendrons.

Chez les femmes, les adénopathies se rencontrent dans la proportion de 67,24 % environ.

Dans le détail, nous avons trouvé des adénopathies : Homolatérales, dans la proportion de 44,82 % environ

Bilatérales — — 17,24 % —
Hétérolatérales — — 5,17 % —

Les adénopathies n'étaient pas perceptibles chez 13 sujets, soit 22,40 environ.

La question des adénopathies n'était pas précisée 13 sujets, soit 22,40 % environ.

Enfin, sur 58 cas traités du sexe féminin, les adénopathies se sont manifestées comme premier symptômes chez 4 sujets, soit 6,89 % environ.

CHAPITRE III

FORMES CLINIQUES

Etant donnée la complexité des voies aéro-digestives supérieures, les différentes formes cliniques correspondant au développement de la tumeur néoplasique sont très différentes selon la direction de l'envahissement local.

Nous allons les exposer dans l'ordre de leur fréquence, étant bien entendu qu'en cours d'évolution chacune de ces formes peut se compléter et qu'un malade, entré au Centre pour dysphagie, peut y subir une trachéotomie, si l'évolution a transformé cette forme alimentaire en forme respiratoire.

I. FORMES ALIMENTAIRES

Nous avons classé sous cette rubrique les formes dans lesquelles le malade a senti la première douleur en déglutissant ou les formes qui, par striction, ont rendu l'alimentation de plus en plus difficile.

Nous avons trouvé 332 cas, soit 29,59 % environ.

II. FORMES VOCALES

Ici l'affection débute par un enrouement à forme banale, et le malade, s'il consulte son médecin traitant, échappe cependant le plus souvent au diagnostic de néoplasie.

Le traitement institué est, en général, celui d'un enrouement banal, l'examen local n'est pas fait et la néoplasie évolue jusqu'à ce que l'aggravation amène le malade à l'O.R.L. ou au spécialiste du cancer.

Nous avons trouvé : 253 cas, soit 22,5 % environ.

III. FORMES GANGLIONNAIRES

Sous cette forme, l'évolution locale passe totalement inaperçue et l'envahissement lymphatique se fait insidieusement jusqu'au jour où un ganglion, plus ou moins volumineux, selon l'intérêt que le malade apporte à sa santé, l'amène à se consulter.

Nous avons trouvé : 199 cas, soit 17,64 %.

IV. FORMES NERVEUSES

En fait, la douleur existe dans la première forme clinique (dysphagie), mais c'est une douleur qui se manifeste à l'occasion de la déglutition.

Nous relèverons ici les formes à douleur capricieuse, et également les formes qui se traduisent par des dysesthésies variées : brûlures, picotements, gêne, etc., etc..

Nous avons trouvé : 101 cas, soit 9 %.

V. FORMES RESPIRATOIRES

Ce sont celles qui apparaissent le plus tardivement, car l'orifice des voies respiratoires est longtemps maintenu largement béant par son squelette cartilagineux, à l'inverse de ce qui se passe pour les voies digestives.

Nous avons trouvé : 81 cas, soit 7,13 %.

VI. FORMES AURICULAIRES

Cette forme a l'avantage d'alerter sérieusement le malade par une douleur, le plus souvent vive, siégeant à l'oreille et souvent propagée.

Le spécialiste est en général consulté d'emblée.

Nous avons trouvé : 63 cas, soit, 5,61 %.

Somme toute, ces formes cliniques sont très variées et elles auraient intérêt à être mieux connues. Leur connaissance faciliterait grandement le dépistage précoce de ce cancer dont on ignore encore si son type histologique, par quelque particularité inconnue, se montre radio-résistant, ou s'il s'agit d'un cancer diagnostiqué trop tard par rapport au champ très limité de développement qu'offre la région.

CHAPITRE IV

LES MÉTASTASES

Les métastases des cancers des voies aéro-digestives supérieures sont exceptionnelles : *ce sont des cancers qui tuent par leur évolution locale.*

Dans sa thèse d'agrégation, A. Schwartz soulignait cette rareté, surtout par comparaison avec les cancers des autres organes. Certains auteurs ont même nié l'existence des métastases, et Krishaber écrivait qu'il n'en saurait être autrement, car les cancéreux des voies aéro-digestives supérieures meurent habituellement par inanition ou par asphyxie, et la rapidité d'évolution de la néoplasie ne donne pas, si l'on peut dire, un temps suffisant pour l'éclosion d'une métastase.

L'anatomie de la région n'offre, en effet, au développement de la tumeur qu'une place extrêmement réduite avant que le carrefour soit absolument obstrué.

De nos jours, un dépistage mieux ordonné et une thérapeutique plus active, tant par les exérèses que par les moyens combinés, prolongent souvent la vie du cancéreux, par suite la fréquence des métastases devrait augmenter. Il n'en est rien, les cas publiés restent exceptionnels, notre recherche statistique en fait foi.

En effet, au cours de nos recherches, sur 1.122 observations, nous relevons deux cas seulement :

— L'un, néo du larynx traité au radium, qui a

donné, huit ans après, une métastase à forme auriculaire et type spinocellulaire;

— L'autre, un néo du sinus piriforme gauche, qui a donné, un mois après, un néo de l'œsophage.

Donc 2 cas sur 1.122 observations, soit 0,17 % de métastases.

CHAPITRE V

TRAITEMENT ET RÉSULTATS

1° *Voici le traitement qui a été institué.*

Pour le sexe masculin, sur 1.064 sujets :

739 ont été traités par Roentgenthérapie, soit 69,45 % environ.

144 ont été traités par Radiumthérapie, soit 13,53 % environ.

83 ont subi à la fois les deux traitements, soit 7,80 % environ.

En outre :

69 sujets, soit 6,48 % environ, ont subi une trachéotomie en même temps qu'ils étaient traités par les rayons X ou le radium.

8 cas ont été traités à la fois chirurgicalement (laryngectomie et hémilaryngectomie ou épiglottectomie) et par les rayons X ou le radium.

6 cas ont été traités par la chirurgie seule.

8 cas ont subi à la fois de l'électrothérapie et les rayons X ou du radium.

4 cas ont subi un évidement ganglionnaire et ont été traités en même temps par les rayons X ou par radium.

3 cas, en même temps qu'ils étaient traités par les rayons X ou par radium, ont subi une gastronomie.

Pour le sexe féminin, sur 58 sujets :

40 ont été traités par Roengenthérapie, soit 68,96 % environ.

10 ont été traités par Radiumthérapie, soit 17,24 % environ.

3 ont subi à la fois les deux traitements, soit 5,17 % environ.

En outre :

2 sujets, en même temps qu'ils étaient traités par les rayons X ont dû subir une trachéotomie.

1 sujet a été traité chirurgicalement (laryngectomie).

2 sujets ont été traités uniquement par la chirurgie (une laryngectomie totale et une hémilaryngectomie).

2° *Voici les résultats que nous avons pu relever.*

Pour les sujets du sexe masculin, sur 1.064 cas:

Perdus de vue.....	122	soit 11,46 %
Survie de moins de 1 an.	610 au moins,	= 57,33 %
— — 3 —	210 —	— 19,73 %
— — 5 —	46 —	— 4,32 %
Survie de 5 ans.....	2	—
— de plus de 5 ans.	8 (mais morts de néo)	
Vus en 1943, revus en 1947.	12 au moins	—
Guéris.	54 —	soit 5,07 %

Pour les sujets du sexe féminin, voici les résultats sur 58 cas traités :

Perdues de vue.....	6		soit 10,34 %
Survie de moins de 1 an.	26	au moins	— 44,82 %
— — 3 —	11	—	— 18,96 %
— — 5 —	4		— 6,89 %
Vues en 1943, vivantes en 1947.....	1	—	— —
Guéries.....	10	—	— 17,54 %

***

De ces résultats, il ressort tout d'abord le *très grand nombre de survies de moins de 1 an*, aussi bien chez les hommes (57,33 %) que chez les femmes (44,82 %).

En second lieu, le *petit nombre de guérisons après 5 ans* chez les sujets du sexe masculin (5,08 %). Cependant, chez les femmes, le pourcentage des guérisons est un peu plus élevé (17,24 %).

On peut probablement imputer cette différence aux antécédents tabagiques et alcooliques rencontrés seulement chez les cancéreux du sexe masculin et considérer le tabac et l'alcool comme les éléments de gravité les plus importants du cancer des voies aéro-digestives supérieures.

A cela on peut ajouter aussi que la femme, plus pusillanime ou plus méticuleuse que l'homme, consulte plus tôt le médecin.

Globalement, dans les deux sexes, le pourcentage de guérisons est de 11 % environ, c'est donc un résultat insuffisant. Nous signalerons cependant, à la décharge de la thérapeutique, deux points essentiels :

— Nous considérons les 11,46 % de malades disparus comme morts rapidement alors qu'une expérience journalière nous apprend la négligence des

malades à donner des renseignements sur leur cas quand leur état demeure bon.

— Nos confrères O.R.L. opèrent pour leur propre compte, un nombre certainement élevé (des statistiques précises n'ont pas été publiées) de cancers des voies aéro-digestives à leur début.

Leurs résultats sont, en général, meilleurs. Nous ne voyons, au Centre, que les malades qui ont déjà été considérés comme inopérables et ne relevant que des irradiations rayons X ou Ra.

CONCLUSIONS ET COMMENTAIRES

I. *Voici les quelques points essentiels que nous voulons dégager de cet exposé aride :*

a) Les cancers des voies aéro-digestives supérieures ont été fréquents chez les hommes au Centre anticancéreux de Toulouse. Ils atteignent surtout les sujets de 50 à 70 ans;

b) Au point de vue de l'histologie, ce sont presque tous des épithéliomas spino-cellulaires;

c) Les adénopathies sont très fréquentes au moment où on voit les malades, car, bien souvent, ceux-ci ne sont consultés que pour l'adénopathie;

d) Les Rayons X et le Radium ont été les thérapeutiques les plus employées, car il existe dans nos régions une opposition presque insurmontable du public contre les procédés opératoires s'adressant au cancer du larynx. Les médecins eux-mêmes s'opposent à cette thérapeutique malgré les résultats insuffisants obtenus par les autres procédés;

e) Les résultats de notre statistique sont mauvais. En dehors de la nature et de la localisation du mal que nous avons à combattre, plusieurs raisons expliquent cette constatation :

Nous avons rapporté les chiffres dans toute leur brutalité, depuis la création du Centre anticancéreux.

Les résultats obtenus pendant les premières années ont été désastreux; on a envoyé dans nos établissements, pendant très longtemps, les agonisants.

Pendant très longtemps aussi, les méthodes ont profondément varié et les doctrines de traitement ont été incertaines.

Il faut mentionner également le rebut des malades déferlant sur notre région au cours des années de guerre, et, enfin, le tri préalable effectué dans beaucoup de cas par les O.R.L. qui nous adressent, par contre, les malades les plus gravement atteints.

II. *De ces conclusions, nous pensons qu'il y a lieu de tirer des enseignements dans un but constructif.*

Nous avons vu que ces cancers des voies aéro-digestives supérieures sont des épithéliomas spino-cellulaires dans leur très grande majorité. Ce type histologique présente une évolution rapide et particulièrement maligne qui se manifeste souvent par l'envahissement des chaînes ganglionnaires latérales du cou dès la première visite du malade.

Devant un cancer aussi malin, les thérapeutiques actuelles ne donnent pas de bons résultats. Or, sa nature histologique ne présente en apparence rien de spécial; il y a là un problème irritant.

L'intérêt social de cette question sautera aux yeux si l'on veut réfléchir qu'il y a en France un décès par cancer sur sept à huit morts. L'importance statistique du cancer fait donc de son dépistage précoce une question d'hygiène générale puisque seul ce dernier permet un traitement efficace.

Nous allons envisager successivement quatre points se rapportant à la prophylaxie et à la thérapeutique des cancers que nous étudions.

1° La Prophylaxie

Il y a lieu de poursuivre l'œuvre prophylactique contre le cancer. Ceci doit se réaliser d'une façon intensive et après avoir fait l'éducation du médecin et du

public; en ce qui concerne un certain nombre de localisations, il devient essentiel d'attirer spécialement leur attention sur les cancers laryngo-pharyngés:

a) *Les médecins* se divisent en deux groupes très dissemblables en ce qui concerne le dépistage des cancers aéro-digestifs.

Les O.R.L. font, en général, ce diagnostic par suite d'un examen systématique et spécialisé auquel ils soumettent leurs malades.

L'éducation à faire est celle du médecin praticien qui a tendance parfois à ne pas rechercher avec assez de soin la lésion anatomique;

b) *Les ligues et les établissements de lutte contre le cancer* doivent jouer un rôle de premier plan en diffusant dans le public les avertissements de prudence et en organisant des dispensaires où le malade puisse se présenter facilement, et pour ainsi dire en passant.

En effet, un cancérologue averti peut procéder à un premier triage rapide des malades et ne retenir des lésions qui ont inquiété leur porteur que celles qui sont suspectes.

Les malades envoyés doivent être félicités et emporter de ce bref contact avec les services de dépistage du cancer, une impression de réconfort. Ce sont eux qui feront l'éducation du public insaisissable qui n'agit guère que poussé par l'exemple de son voisin.

2° La Biopsie

Quant aux malades dont le cas est retenu, le groupement des différents spécialistes dans un centre permet un examen complet et spécialisé de son état, la biopsie peut être faite systématiquement et le cancer découvert tôt sera traité avec toute l'activité nécessaire.

Nous signalons qu'il y a une technique importante du prélèvement qui consiste essentiellement à faire la

biopsie non pas sur l'œdème mais sur la lésion elle-même.

Pour ne parler que du cancer atteignant le sinus piriforme, notre Maître nous a signalé à plusieurs reprises que la biopsie, pour avoir des chances d'être positive, devait porter sur le sinus lui-même et non pas sur le bourrelet d'œdème aryténo-épiglottique.

3° La Laryngectomie

Une question importante en ce qui concerne le cancer que nous traitons ici est celle de la laryngectomie. Bien que cette opération présente des difficultés techniques, ce n'est pas en raison de ces dernières que le public la redoute. Même en esprit habitué aux mutilations chirurgicales les plus audacieuses, l'horreur de cette intervention qui prive l'homme de la faculté de s'exprimer apparaît insupportable.

Pour que cette opération entre dans la pratique courante, il faut convertir à la fois les médecins et les malades, car lorsqu'il y a une indication précise de laryngectomie, toute thérapeutique autre est illusoire. Les bactériostatiques, la pénicilline en particulier, ont d'ailleurs profondément amélioré les résultats immédiats de l'exérèse du larynx et autorisent à conseiller cette intervention dès que la lésion n'est plus limitée sur les cordes.

4° L'amélioration des soins radiothérapiques

Les risques de la laryngectomie et les troubles qu'elle entraîne nous obligent cependant à n'y recourir que dans les cas où elle paraît indispensable.

Les moyens d'amélioration des statistiques de guérison sont donc encore, en grande partie aujourd'hui, dans les mains des radiologues.

Cependant, leur effort, d'après notre Maître, doit porter sur les points suivants:

Tout d'abord, il s'agit de pratiquer des irradiations difficiles que ces spécialistes doivent réaliser eux-mêmes, écartant le personnel, même technique spécialisé, qui les aide ordinairement.

Ils devront, pour chaque cas particulier, étudier la situation et la grandeur des champs, la filtration du rayonnement, étudier des courbes d'isodoses et préciser les doses accumulées en un point profond de la tête ou du cou.

Ils devront apporter tous les soins aux calculs de balistique qui leur permettra, à chaque changement de champ, de centrer à nouveau l'intensité du rayonnement au niveau même de la néoplasie.

Surveillant eux-mêmes le malade, ils sauront empêcher la production de mouvements involontaires qui risqueraient de passer inaperçus à un œil inexpérimenté.

Enfin, le radiologue fera montre de son sens clinique entre les séances en suivant les réactions de son malade et en modifiant au fur et à mesure le traitement.

Nous pensons que le soin des radiologues dans les applications dont nous parlons explique, pour la plus grande part, les résultats supérieurs aux nôtres, obtenus par les radiothérapeutes nordiques, en particulier au *Radium Hemmet* de Stockholm et par ceux de l'Institut Curie de Paris.

BIBLIOGRAPHIE

Notre travail est, avant tout, une statistique locale, celle du Centre Anticancéreux de Toulouse. Dès lors, une bibliographie pourrait sembler inopportune. Il n'est pas anormal, en tout cas, que notre bibliographie se rapporte exclusivement aux travaux des maîtres qui ont contribué à établir cette statistique.

J. CALVET, J. DUCUING, L. DUCUING. — **Réflexions cliniques et thérapeutiques à propos de 248 cas de cancer du larynx et des sinus piriformes traités par radiumthérapie et radiothérapie.** (Sud Médical et Chirurgical, n° 11, 30 avril 1944, pp. 187-195.)

J. CALVET, RIEUNAU, OREKINE. — **Un cas de cancer extrinsèque du larynx à forme térébrante.** (Soc. Anatomo-clinique, Toulouse, février 1930.)

J. CALVET, BEC, LO et CLAUX. — **Laryngectomie totale.** (Soc. Méd., Chirurg. et Pharmacie, Toulouse, 21 mars 1941.)

J. CALVET et LO. — **Deux cas de cancer du larynx à forme inflammatoire.** (Soc. Méd. Toulouse, 23 janvier 1942.)

J. CALVET et CLAUX. — **Laryngectomie totale et résection des quatre premiers anneaux de la trachée.** (Soc. Chir. Toulouse, 28 avril 1948.)

J. CALVET et CLAUX. — **Dix cas d'hémi-laryngectomie, type Hautant.** (Soc. Chir. Toulouse, 30 novembre 1946.)

J. CALVET et MARQUES. — **La méthode de radiothérapie de contact de Chaoul.** (Soc. Chir. Toulouse, 29 octobre 1943.)

J. CALVET. — **Action de la colchicine sur le néoplasies.** (Soc. Chir. Toulouse, janvier 1944.)

J. CALVET et COHEN. — **Cancer primitif de l'endolarynx avec métastase au plancher buccal.** (Soc. Chir. Toulouse, 27 oct. 1945.)

CARRIE. — **Etude statistique des cancers de la langue et des régions périlinguales traités au C.A.C. de Toulouse pendant vingt et un ans.** (Thèse Toulouse, 1947.)

COHEN-FOURNIER. — **Métastases et double localisation dans le cancer du larynx.** (Thèse Toulouse, 1945.)

J. **DUCUING.** — **Précis de cancérologie.** (Masson et Cie, Paris, 1932.)

DUCUING, ESCAT et RIGAUD. — **Résultats du traitement du cancer du larynx par radiations.** (II[e] Congrès Int. O.R.L., Madrid, 1932.)

J. et **L. DUCUING.** — **Les adénopathies cancéreuses du cou dites primitives sont presque toujours secondaires à des cancers cachés.** (Toulouse Médical, 1[er] novembre 1931.)

J. et **L. DUCUING.** — **Les formes cachées du cancer du pharynx.** (Gazette Médicale de France, N° 13, juillet 1932.)

L. **DUCUING.** — **Considérations cliniques d'O.R.L.** — N° 6, juin 1933, pp. 707 à 716.)

L. **DUCUING.** — **Pour quelles raisons les cancers de l'amygdale sont-ils vus souvent tardivement? Moyens d'éviter ce retard.** (Pratique médicale française, février 1932, pp. 166 à 169.)

L. **DUCUING.** — **Considérations cliniques sur les tumeurs malignes du tiers inférieur du carrefour aéro-digestif.** (Annales d'O.R.L., N[r] 6, juin 1933, pp. 707-713.)

J. **DUCUING, L. DUCUING.** — **Le traitement des adénopathies cancéreuses secondaires aux tumeurs malignes des voies aéro-alimentaires supérieures.** (Zeitschrift für Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde. Sonderabdruck aus 40. Band. 4. und 5. Heft (Kongressbericht), pp. 413-422, 1937.)

J. et **L. DUCUING, de BERTRAND-PIBRAC et MARQUES.** — **La radiographie du pharyngo-larynx normal.** (Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. Médic. de France, N° 211, juillet 1934, pp. 415-435.)

L. **DUCUING.** — **Considérations pratiques sur le diagnostic laryngoscopique des tumeurs malignes du carrefour aéro-digestif.** (Toulouse Médical, N° 2, janvier 1935, pp. 43-53.)

J. et **L. DUCUING.** — **Les tumeurs malignes de la base de la langue.** (Lyon Chirurgical, tome XXXII, N° 6, nov. et déc. 1935, pp. 641-683.)

J. et L. **DUCUING.** — **Les tumeurs malignes des parois du mésopharynx.** (Revue de Laryngologie, N° 10, déc. 1935.)

J. et L. **DUCUING.** — **Les tumeurs du sillon amygdalo-glosse.** (Revue de Laryngologie, février 1935.)

J. et L. **DUCUING.** — **Le problème de la thérapeutique prophylactique ou curative des adénopathies secondaires chez les cancéreux des voies aéro-digestives supérieures.** (Sud Médical et Chirurgical, 1936, pp. 311.)

L. **DUCUING.** — **La collaboration du laryngologiste et du cancérologue.** — **Toulouse Médical,** 1er mars 1937.)

J. et L. **DUCUING.** — **Les progrès du traitement chirurgical dans les adénopathies cancéreuses secondaires du cou.** (Toulouse Médical, 1er janvier 1937.)

J. **DUCUING.** — **Ne portons plus le diagnostic de branchiome malin.** (Presse Médicale, N° 63, déc. 1946, page 851.)
nov. 1941.)

J. **DUCUING.** — **A propos des banchiomes carotidiens.** (Presse Médic., nos 100-101, 19-22 nov. 1941.)

J. **DUCUING, L. DUCUING** et **CALVET.** — **Tumeurs malignes de la sous-glotte.** (O.R.L. Intern. Lyon, janvier 1942, nos 1 et 2.)

J. **DUCUING, L. DUCUING, J. CALVET** et **CARRIE.** — **Etude statistique des cancers des voies aéro-digestives supérieures, traités au C.R.A C. de Toulouse pendant vingt et un ans.** (Sud Médical, à paraître.)

J. **DUCUING** et **NEGRE.** — **Le cancer du plancher de la bouche.** (Bulletin de l'Association Française pour l'étude du cancer, tome XXVII, N° 4, mai 1938.)

H. **NARAGHI.** — **Contribution à l'étude des cancers primitifs de l'épiglotte.** (Thèse Toulouse, 1934.)

Le Président de la thèse :

J. DUCUING.

Vu : Le Doyen,

J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 8 juin 1948

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

DOTTIN.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 9
Généralités 11
Classification générale des cas 12

CHAPITRE PREMIER

Etiologie 15
Nombre et fréquence 15
Age 17
Profession 18
Antécédents 19

CHAPITRE II

Anatomie pathologique 21
Nature histologique 21
Adénopathies 22

CHAPITRE III

Formes cliniques 25
Formes alimentaires 25
Formes vocales 26
Formes ganglionnaires 26
Formes nerveuses 26
Formes respiratoires 27
Formes auriculaires 27

CHAPITRE IV

Les métastases 29

CHAPITRE V

Traitements et résultats 31
Conclusions et commentaires 35
Bibliographie 41

Toulouse — Imprimerie du Centre, 28, allée Jean-Jaurès